

1425

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

par

Bernardo BIRNBAUM

né le 28 septembre 1914 à BUCAREST (Roumanie)

*Contribution à l'étude
de la position D. D.*

(Devraigne-Descomps)

*dans certains accouchements
dystociques*

Président : M. JEANNIN , Professeur.

STUDIO STENO-DACTYL

5, rue du Pont-de-Lodi

PARIS (VI)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

par

Bernardo BIRNBAUM

né le 28 septembre 1914 à BUCAREST (Roumanie)

*Contribution à l'étude
de la position D. D.
(Devraigne-Descomps)
dans certains accouchements
dystociques*

Président : M. JEANNIN , Professeur.

STUDIO STENO-DACTYL
5, rue du Pont-de-Lodi
PARIS (VI)

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ...	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ...	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUDRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Glovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	
	HAZARD
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-..... Pathologie chirurgicale.
 DUTAILLIS
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.	MM.	
ALAJOUANINE .	BASSET	
AUBERTIN	BROCQ	
BRULE	CADENAT	Clinique chirurgicale.
CHABROL	GATELLIER ...	
DONZELOT	MOURE	
DUVOIR	QUENU	
LIAN	VELTER	
PASTEUR-VAL-		
LERY-RADOT		
SEZARY		

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEROUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

en témoignage de mon profond amour et de ma reconnaissance infinie pour leur grande bonté et leur sacrifice de tous les instants.

Ils m'ont toujours montré le chemin du devoir et entouré de la plus tendre affection.

C'est à eux que je dois toute ma formation, c'est à eux que je dédie ce modeste travail.

A MA SŒUR

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

À MONSIEUR LE PROFESSEUR C. JEANNIN

Chevalier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris

Accoucheur de la Clinique Tarnier

*Hommage et profonde reconnaissance pour le très
grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS DEVRAIGNE

Commandeur de la Légion d'Honneur
Accoucheur de Lariboisière

Nous tenons à le remercier pour les bonnes leçons qu'il nous a données durant le temps trop court que nous avons passé dans son service d'accouchement de l'Hôpital Lariboisière, et que nous saurons mettre à profit dans notre pratique médicale. Nous lui sommes tout particulièrement reconnaissant de l'honneur qu'il nous a fait et de l'amabilité qu'il nous a témoignée, en nous confiant la rédaction du sujet de notre thèse.

A MON CHER AMI
LE DOCTEUR SIMON MOSCOVICI
de la Faculté de Médecine de Paris
en témoignage de mon affection.

A MES MAITRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE
Témoignage de profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Les difficultés auxquelles se heurtent les accoucheurs dans la pratique journalière de leur art, les ont incités tout d'abord à faire prendre à la parturiente en travail, des positions variables destinées à faciliter l'accouchement.

L'histoire des accouchements à travers les âges et chez les différents peuples, nous montre que l'imagination ne faisait pas défaut aux accoucheurs; mais il faut bien l'avouer l'empirisme et les préjugés leur dictaient trop souvent la conduite à tenir.

Les études anatomiques ayant accompli de grands progrès, les accoucheurs recherchèrent à nouveau s'il n'était pas possible de déterminer scientifiquement une position permettant d'augmenter d'une façon sensible les diamètres de bassins trop étroits.

Zaglas en 1851, Duncan en 1854, démontrèrent « que le sacrum peut osciller autour d'un axe passant

par la deuxième vertèbre sacrée. Le promontoire peut basculer en avant pendant que le coccyx recule ou bien le promontoire reculer pendant que le coccyx avance ». Crouzat, en 1881, étudia et décrivit la position qui porte son nom et celui de Walcher. Il démonstre qu'il était possible d'augmenter le diamètre antéro-postérieur du D.S. Il suffisait, la femme étant en décubitus dorsal et en travers du lit, de lui glisser un coussin dur sous le siège et de laisser les jambes pendantes.

En 1899, Bonnaire et Bué firent au Congrès d'Amsterdam un rapport sur l'influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin. « Les genoux de la parturiente, disaient-ils, placés vis-à-vis des épaules provoquent un écartement des tubérosités ischiatiques. En portant les genoux en abduction on constate un agrandissement de quelques millimètres. »

Tous les accoucheurs furent unanimes à reconnaître les avantages que l'on pouvait retirer de la position d'hyperflexion des cuisses, sur le bassin, position prônée dans leur rapport par Bonnaire et Bué.

Enfin, plus près de nous, en 1910, MM. Devraigne et Descomps, poursuivant des études anatomiques sur des bassins de femmes enceintes, décédées, virent qu'il était possible d'augmenter encore davantage le diamètre transverse bi-ischiatique du D.I. par là même, de faciliter l'expulsion du fœtus retenu dans l'excavation ou haut situé dans celle-ci.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer ici la conclusion de l'étude de MM. Devraigne et Descomps parue dans l'*Obstétrique* de mai 1910.

« Si l'on porte les membres inférieurs du sujet

placé dans le décubitus dorsal dans la position suivante : cuisses en flexion forcée sur le bassin, jambes en extension avec légère abduction des cuisses, on produit en plus de la nutation du sacrum une mise en tension énergique de tous les muscles internes et postérieurs des cuisses qui naissent des branches ischio-pubiennes tirent celles-ci en dehors et agrandissent ainsi le diamètre bi-ischiatique. »

L'étude de cette position fera l'objet de notre travail. Nous serons bref quant à l'exposé de l'anatomophysiologie du bassin de la femme en état de puerpéralité. Nous tirerons seulement de l'exposé magistral fait par les auteurs de la position qui porte leur nom, ce qu'il nous paraît indispensable de connaître pour comprendre le mécanisme de cette position. Nous illustrerons notre thèse en y adjoignant quelques observations mises obligeamment à notre disposition par notre Maître M. le Docteur Devraigne. Mieux que tout commentaire elles nous permettront de tirer des conclusions pratiques de notre modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

Lorsque, en 1899, Bonnaire et Bué exposaient au Congrès d'Amsterdam leur rapport sur l'influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin, ils attribuaient le gain obtenu au mouvement de nutation accompli par le sacrum lorsque les jambes sont hyperfléchies sur le tronc. « Ce mouvement, disaient-ils, entraîne comme corollaire la bascule des ailes iliaques en dedans et par ce fait l'écartement des tubérosités ischiatiques. »

Il appartient à notre Maître et à M. Descomps de démontrer que le mouvement de nutation du sacrum ne pouvait pas être seul invoqué comme cause déterminante de l'augmentation du diamètre bis-ischiatique. Une traction musculaire nette vient en effet ajouter son action à celle provoquée par le mouvement de bascule du sacrum. Cette action est rendue plus importante encore par suite du relâchement symphy-

saire et du ramollissement des ligaments provoqués par la grossesse.

Dans la position hyperfléchie et en légère abduction, un seul groupe musculaire agit sur les branches ischio-pubiennes. Mais un deuxième groupe à origines ischiatiques d'une part, jambières de l'autre, demeure inutilisé. MM. Devraigne et Descomps, poursuivant leurs études anatomiques, constatèrent que si l'on mettait en jeu ce deuxième groupe musculaire en plaçant la jambe en tension forcée sur la cuisse hyperfléchie, l'écartement des deux ischions augmentait encore d'une façon très appréciable.

ANATOMIE

Le détroit inférieur du bassin est constitué par une partie osseuse et une partie ligamento-musculaire.

Il est limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, il se continue sur les côtés par les branches ischio-pubiennes, les tubérosités ischiatiques qui en constituent la partie rigide. En arrière, on trouve les grands ligaments sacro-sciatiques et le coccyx. Ces ligaments, comme nous l'avons dit, sont relâchés du fait de la grossesse; de plus, grâce à ses deux articulations — la sacro-coccygienne et la médio-coccygienne — le coccyx peut être rétropulsé par la pression seule des forces expulsives de l'utérus transmises par la présentation.

Ainsi le diamètre antéro-postérieur du D.I. peut être accru dans une notable proportion.

Quels sont les muscles qui, agissant par leur tension, vont nous permettre d'augmenter le diamètre transverse trop rigide?

Nous les avons précédemment divisés en deux groupes.

Le premier groupe est constitué par les adducteurs :

- a) grand adducteur;
- b) moyen adducteur;
- c) petit adducteur.

Le deuxième groupe comprend les muscles postérieurs de la cuisse :

- a) biceps;
- b) demi-membraneux;
- c) demi-tendineux;
- d) le droit interne.

Nous pouvons appeler le premier groupe : groupe fémoral. Quant au deuxième groupe, il est à origines ischiatique sur le bassin et péronéo-tibiale sur la jambe.

PHYSIOLOGIE

Chacun de ces groupes musculaires possède une action physiologique propre, qui nous permettra de saisir facilement le parti que l'on peut tirer de la position de MM. Devraigne et Descomps. Normalement, pour exercer leur action, ces muscles prennent point d'appui sur leurs origines pubo-ischiatiques. Le point d'application de la force se fait donc au niveau

des insertions basses, et, les cuisses et les jambes se mettent dans les attitudes propres à chacune des actions physiologiques des muscles considérés. Les adducteurs et le droit interne porteront les jambes en adduction forte pour les adducteurs, faible pour le droit interne; biceps, demi-tendineux, demi-membraneux, détermineront une flexion énergique de la jambe sur la cuisse. L'hyperflexion des cuisses sur le bassin augmente et facilite l'action physiologique normale en diminuant l'amplitude du mouvement.

Si par hyperflexion et abduction de la cuisse sur le bassin, nous tendons les adducteurs et que nous opposions une résistance assez énergique au mouvement physiologique normal, le point d'application de la force se fera au niveau des insertions ischiatiques.

Ce mouvement étant complété par l'extension des jambes sur les cuisses, les forces dégagées au bout du levier constitué par la jambe, seront transmises aux tubérosités ischiatiques par les muscles postérieurs mis en tension et ajouteront leur action à celle des adducteurs. Ces tubérosités ischiatiques puissamment sollicitées par ces deux forces s'éloigneront l'une de l'autre.

Mais il y a lieu de tenir compte ici d'un autre puissant muscle. Nous voulons parler du grand fessier. Quelques fibres de ce muscle s'insèrent en effet sur le coccyx et leur tension par une hyperflexion des cuisses, sans abduction, entraverait la rétropulsion du coccyx indispensable à la bonne marche de l'accouchement. L'abduction légère des cuisses empêche cette tension musculaire et ajoute ainsi une nouvelle action à celle déjà citée.

Il faudra se garder d'ailleurs d'exagérer l'abduction, car une abduction forte entraîne elle aussi une tension du grand fessier. Il est clair que c'est dans la position de MM. Devraigne et Descomps en abduction légère que l'accoucheur trouvera le meilleur rendement.

Nous avons envisagé seulement jusqu'ici la position dans ses rapports avec l'augmentation du détroit inférieur.

M. Demelin, dans une étude parue dans la *Revue française de gynécologie et d'obstétrique* de 1922, pense que ce n'est pas là la seule action de la position. « A mon sens, dit-il, les variations des diamètres ne constituent pas l'élément principal des positions de Crouzat, de Devraigne ou obstétricale. Elles font jouer l'articulation sacro-vertébrale, les amphiarthroses lombaires et sacro-iliaques de telle sorte que l'inclinaison du détroit supérieur se modifie sensiblement. »

Que devient donc l'inclinaison du détroit supérieur lorsque la femme est placée en position hyperfléchie jambes en tension sur les cuisses?

Normalement, chez une femme debout, corps perpendiculaire au sol, le plan du détroit supérieur passant par le promontoire et le bord supérieur de la symphyse forme avec l'horizontale un angle sensiblement égal à 60° . Le plan du détroit inférieur passant par l'extrémité du coccyx et le sous-pubis, forme avec l'horizontale un angle de 11° , c'est-à-dire lui est à peu près parallèle.

Dans cette position, si nous considérons la colonne vertébrale comme sensiblement perpendiculaire au

sol, l'angle formé par le plan du détroit supérieur et le rachis sera le complément de l'angle déjà considéré et égalera donc sensiblement 120° (environ 130° par suite de l'inflexion de la colonne vertébrale).

Si l'on considère la femme en décubitus dorsal et placée dans la position de MM. Devraigne et Descomps, le sacrum subit un mouvement de nutation, le pubis est entraîné en haut et l'angle de 120° tend à se réduire à 90° .

En définitive : « La position de Devraigne place le détroit supérieur dans une direction presque à angle droit, perpendiculairement par rapport à la ligne centrale de direction résultante où se combinent les forces expulsives utéro-abdominales.

En résumé, elle efface d'une manière très importante la saillie du promontoire en ce qu'elle amène la face antérieure du sacrum en continuité presque droite avec la face du rachis lombaire; autrement dit, elle rend inutile le détour que fait la tête pour doubler le promontoire. » Cette étude préliminaire, que nous avons voulu faire aussi succincte que possible, nous a paru indispensable avant l'exposé des applications pratiques de la position D.D.

CHAPITRE II

Les accoucheurs savent que toute présentation du sommet ou de la face qui a franchi le détroit supérieur, et qui est profondément engagée dans l'excavation, doit obligatoirement être suivie de l'extraction ou de l'expulsion du fœtus par les voies naturelles. La gêne, le retard apportés à l'expulsion du fœtus qui peuvent entraîner sa mort ou déterminer de graves lésions chez la femme sont dus soit à une dystocie maternelle, soit à une dystocie fœtale.

Dystocies maternelles.

Nous n'envisagerons ici que les causes pathologiques entraînant une diminution des diamètres du détroit inférieur.

« Toute inflexion de la colonne vertébrale, dit le professeur Pinard, soit scoliose, soit cyphose, pro-

duite dans le jeune âge, a pour effet de relever la base du sacrum en arrière et d'amener un agrandissement dans le sens du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur et un rétrécissement proportionnel du diamètre transverse du détroit inférieur. » Le bassin cyphotique ou bassin en entonnoir, est celui qui présente la diminution la plus appréciable du diamètre transverse bi-ischiatique.

Le mal de Pott survenu dans l'enfance et occasionnant une cyphose dorso-lombaire ou lombo-sacrée est le plus fréquemment en cause. Cette cyphose peut d'ailleurs coïncider avec un bassin uniformément rétréci sans déformation d'aucune sorte des os du bassin.

Enfin la cyphose peut être également le fait du rachitisme; l'observation démontre alors que ces deux causes morbifiques se neutralisent et, pour nous servir de l'expression du professeur Pinard, « l'une joue par rapport à l'autre le rôle de lésion compensatrice ».

La scoliose avec rachitisme survenue dans l'âge adulte peut, mais plus rarement, déterminer une diminution du diamètre transverse bi-ischiatique.

Le rachitisme seul peut provoquer, lui aussi, un rétrécissement transversal du bassin portant uniquement sur le diamètre transverse du détroit inférieur. Salles, dans sa thèse sur les « Bassins rachitiques transversalement rétrécis », cite plusieurs observations de cas, rares il est vrai, où le bassin rachitique « simulait le bassin en entonnoir cyphotique, les diamètres du détroit supérieur étant à peine diminués sinon pas du tout ».

Là ne sont pas seulement les seules formes de bas-

sins présentant une diminution du diamètre transverse du détroit inférieur. Les bassins ostéomalaciques de Naegele, de Robert (etc.) sont, eux aussi, atteints de viciations portant sur le détroit inférieur. Ces viciations sont trop importantes pour permettre à un fœtus normal de passer dans la filière pelvi-génitale, en dépit de tous les artifices employés.

Il est une dernière variété de bassins pour lesquels l'accouchement est toujours long et pénible : c'est dans le cas où le bassin est généralement rétréci. Cette variété permet un engagement relativement aisé du fœtus — lorsque le bassin n'est pas trop rétréci ou l'enfant trop développé — mais l'expulsion est le plus souvent assez longue et pénible. Toute condition permettant d'augmenter les diamètres du détroit inférieur agira donc en facilitant le dernier temps de l'accouchement.

Les lésions considérées dans l'énumération rapide que nous venons de faire, varient avec chaque cas particulier. Telle femme présentera une viciation minime du bassin pour une cyphose compensée par des lésions rachitiques, et telle autre aura son détroit inférieur notablement diminué pour une cyphose moins exagérée.

En ce qui concerne les primipares âgées, la majorité des auteurs apporte comme causes les plus importantes parmi les difficultés de l'accouchement : la rigidité du col et des parties molles, la résistance du périnée et surtout l'ankylose du coccyx.

Mauriceau a fait même un aphorisme classique sur l'accouchement chez les primipares âgées : « Les difficultés qui se rencontrent aux accouchements arri-

vent de la part de la mère, si elle est trop vieille étant grosse de son premier enfant; d'autant que, pour lors, les parties qui sont trop sèches et plus dures ne peuvent prêter à la dilatation nécessaire; et outre cela, les vieilles ont l'articulation du coccyx ou croupion plus fermée. » La position D.D. en agrandissant le diamètre bi-ischiatique, facilitera grandement l'accouchement chez une primipare âgée avec un périnée peu extensible et chez laquelle la rétropulsion du coccyx se fait difficilement.

Il est superflu d'ajouter que tout accoucheur désireux de s'éviter de nombreux ennuis doit, dans tous les cas, pratiquer la pelvimétrie interne et externe pour se rendre compte aussi exactement que possible, de l'état du bassin de la parturiente qui se confie à lui. Des accidents, désastreux parfois, auraient été évités si certains praticiens n'avaient par trop méconnu ces règles d'élémentaire prudence. Dans quelques autres circonstances, la mensuration du bassin aurait permis à l'accoucheur de s'abstenir d'interventions sanglantes quelquefois graves, toujours désagréables.

(Nous sommes loin de prétendre que la position d'hyperflexion des cuisses sur le bassin avec extension des jambes, utilisée dans tous les cas de rétrécissement du détroit inférieur, dispenserait le praticien de recourir à d'autres moyens d'extraction du fœtus.)

En pratique, on admet que l'accouchement d'un enfant normal à terme est impossible lorsque le diamètre bi-ischiatique est inférieur à 7 centimètres — normalement ce diamètre est de 11 centimètres. La position de MM. Devraigne et Descomps permettant d'augmenter le diamètre transverse bi-ischiati-

que de 15 à 20 millimètres environ, on pourra considérer comme encore praticable un bassin à diamètre inférieur à 7 centimètres. Ce gain assez important de 15 millimètres ne peut être négligé par l'accoucheur, d'où la nécessité pour lui de la mensuration et, un premier avantage de la position étudiée.

Mais, nous l'avons vu précédemment, la position n'agit pas seulement sur le diamètre transverse; elle détermine avec cela une élévation de l'arc antérieur du bassin.

Tous les accoucheurs savent combien cet arc antérieur est gênant dans une prise de forceps sur une tête en transverse haut placée dans l'excavation. Le mouvement accompli par cet arc antérieur dans la position de la taille complétée par l'extension des jambes, facilite cette prise, et, dit Demelin : « atténue ou supprime pendant l'application du forceps les heurts et frottements qui blesseraient la tête en contact rude avec l'arc antérieur ». Nous ajouterons qu'elle diminue dans ces cas-là, et d'une façon très sensible, la douleur maternelle, comme il nous a été donné de le constater lors d'une intervention réalisée par notre Maître.

Dystoçies fœtales.

La constitution physique anormale de la mère ne peut pas toujours être invoquée dans les accouchements pénibles ou longs. Il est des cas où le praticien doit penser à un fœtus exagérément développé, tel qu'on le rencontre chez les diabétiques par exemple,

ou chez la multipare suralimentée pour ne citer que celles-là.

Nous n'envisagerons pas les dystocies d'origine pathologique : hydrocéphalie, encéphalocèle, gros foie, tumeurs dystociques, etc. — qui peuvent permettre l'expulsion d'une partie du fœtus et entraver la fin de l'accouchement. Ces causes sont pour la plupart incompatibles avec la survie de l'enfant lorsqu'il n'est pas déjà mort. Avant la fin de l'accouchement il est aisé de recourir alors à des manœuvres destinées à réduire le volume du fœtus ou de la partie dystocique qui le retient encore.

L'accouchement d'un gros enfant par une femme normale pourra se trouver retardé soit par le passage de la tête, soit par le passage des épaules.

Les diamètres fœtaux sont normalement :

1° les antéro-postérieurs.

a) Occipito-mentonnier.	13 cm.
b) Sus-occipito-mentonnier.	13 cm. 1/2
c) Occipito-frontal.	12 cm.
d) Sous-occipito bregmatique	9 cm. 1/2
e) Sous-occipito-frontal.	11 cm.
f) Sous-menton bregmatique.	9 cm. 1/2
g) Fronto-mentonnier.	8 cm.

2° Les diamètres transverses.

a) Bi-pariétal (transverse maximum).	9 cm. 1/2
b) Bi-temporal.	8 cm.

Par suite du mécanisme même de l'accouchement, seuls les diamètres transverses nous intéressent. Chez

un gros enfant, ces diamètres peuvent être notablement augmentés et malgré la réduction que le chevauchement des os du crâne permet, ils peuvent entraver encore l'accouchement.

Le gain que l'on pourra faire obtenir au diamètre transverse bi-ischiatique par la position de MM. Devraigne et Descomps facilitera l'expulsion du fœtus. De plus, comme l'a démontré M. Demelin, par suite du mouvement du bassin, toutes les forces vives de l'utérus seront utilisées à l'expulsion du fœtus, qui n'emploiera pas une partie de ces forces à vaincre les résistances osseuses maternelles.

A cette première cause, nous en ajouterons une deuxième non moins importante : la dystocie créée par les épaules. Normalement le diamètre bi-acromial atteint environ 11 centimètres. Des diamètres de 13-14 centimètres ne sont pas rares et rendent le dernier temps de l'accouchement pénible et même dangereux.

Le dégagement des épaules se fait en effet suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur et suivant le diamètre bi-acromial. Le mouvement d'élévation accompli par l'arc antérieur permettra d'abaisser plus facilement l'épaule antérieure, puis d'extraire le membre postérieur, il agira encore en augmentant tous les diamètres du détroit inférieur.

Les observations, que notre Maître M. le Docteur Devraigne a bien voulu nous confier, et nous l'en remercions encore vivement, trouvent naturellement leur place ici.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1.

Simone S..., primigeste de 24 ans, entre dans la salle de travail le 26 octobre 1935. Sa gestation a été suivie à Lariboisière. Son bassin est rétréci au D.I., les branches ischio-pubiennes étant trop rapprochées. Après 12 h. 45 de travail, l'auscultation des bruits du cœur fœtal fait entendre des bruits sourds. On décide alors une application de forceps. Application de forceps Tarnier très difficile. On met la parturiente en position D.D. et les cuillères peuvent être mises alors très aisément en place. L'extraction se fait alors rapidement d'une fille pesant 2.900 gr. criant après dix minutes de soins.

OBSERVATION N° 2.

Germaine C..., primigeste de 21 ans, entre dans

la salle de travail le 5 décembre 1935. Sa gestation a été suivie à Lariboisière. La parturiente présente un mal de Pott dorso-lombaire de l'enfance. Le bassin est rétréci au D.I. et le bi-ischiatique mesure 7 cm + 1 cm 5 = 8 cm 5. Après un travail de 12 heures la dilatation reste stationnaire à grande paume. Œdème du col. Les bruits du cœur fœtal sont bons. La femme est fatiguée et présente 37°7 de température. Après anesthésie au chloroforme, on incise la lèvre antérieure du col et on applique le forceps Tarnier sur une tête en O.P. Pendant la période d'extraction, la femme est mise en position D.D. Extraction facile et rapide d'une fille vivante pesant 2.950 gr. Le bi-pariétal 8 cm 8.

OBSERVATION N° 3.

Irène P..., primigeste de 35 ans, entre à la salle de travail le 4 février 1936. Sa gestation a été suivie à Lariboisière. Son bassin est normal mais comme il s'agit d'une vieille primipare son coccyx est soudé. Le travail se fait normalement et arrivé à la période d'expulsion on met la femme en position D.D. On extrait une fille vivante pesant 3.450 gr. Le périnée est intact. Durée totale du travail : 17 heures.

OBSERVATION N° 4.

Lucie D..., âgée de 37 ans, entre à la salle de travail le 11 décembre 1936. C'est une Vpare dont la gestation a été suivie à Lariboisière. On note dans ses

antécédents obstétricaux 4 accouchements normaux à terme, mais son périnée est cicatriciel. Après un travail de 23 h. 30, l'auscultation des bruits du cœur fait entendre des bruits sourds. On décide alors une application de forceps. La prise est faite sur tête en O.I.D.P. dans l'excavation. L'extraction de la tête est faite alors facilement mais les épaules sont retenues et le dernier temps de l'accouchement est pénible. La parturiente est mise alors en position D.D. et on extrait aisément un enfant vivant pesant 4.650 gr. Le bis acromial mesure 13 cm.

OBSERVATION N° 5.

Gilberte P..., 20 ans, entre à la salle de travail le 25 février 1937. Dans ses antécédents obstétricaux, on note un avortement de trois semaines. Sa gestation actuelle a été suivie à Lariboisière. Son bassin est normal. Après 14 heures de travail, les bruits du cœur deviennent lointains et accélérés, le liquide amniotique est purée de pois. On décide de terminer l'accouchement plus vite et on met la femme en position D.D. Elle accouche d'un garçon vivant pesant 3.320 gr.

OBSERVATION N° 6.

Paulette F..., âgée de 22 ans, entre dans la salle de travail le 26 février 1937. Sa grossesse qui est à terme a été suivie à Lariboisière. On note dans ses antécédents obstétricaux deux avortements : le pre-

mier de 1 mois 1/2, le second de 3 mois 1/2. Son bassin est normal. Après 38 heures de travail, la tête apparaît à la vulve. Elle se dégage spontanément mais les épaules retiennent le fœtus qui en dépit des efforts ne peut être extrait. La parturiente est mise alors en position D.D. et l'accouchement se termine aisément. Le diamètre B.-T : 9 cm.; Bi-acro 13 cm. 7; pour une fille de 4.100 gr.

OBSERVATION N° 7.

Danielle B..., primigeste de 33 ans, entre à la salle de travail le 2 mars 1937. Sa gestation a été suivie à Lariboisière. Son bassin est normal. Après une durée de travail de 6 h. 30 seulement elle accouche d'une fille vivante pesant 3.710 gr. Comme il s'agit d'une primipare âgée, elle est mise en position D.D. pendant la période d'expulsion. Son périnée est intact.

OBSERVATION N° 8.

Zélia D..., âgée de 23 ans, entre à la salle de travail le 28 septembre 1937. Dans ses antécédants obstétricaux on note deux accouchements normaux et deux avortements. Sa grossesse actuelle a été suivie à Lariboisière. Son bassin est normal. Présentation du sommet en O.I.D.P. L'accouchement se fait spontanément mais le dégagement des épaules nécessite la mise de la femme en position D.D. Accouchement

d'un garçon vivant pesant 5.300 gr. Bi-acromial 14 cm. 4; Bi-Pariétal 10 cm. 2; Bi-Temporal 9 cm.

OBSERVATION N° 9.

Marie M..., 24 ans, entre à la salle de travail le 1^{er} février 1935. C'est une III^e pare dont la gestation actuelle a été suivie à Lariboisière. Dans ses antécédants obstétricaux on note deux accouchements normaux. Son bassin est généralement rétréci et aplati. Après 7 heures de travail, les bruits du cœur se modifiant on décide une application de forceps sur O.I.D.P. Une branche du forceps — la gauche — est introduite assez facilement, il n'en est pas de même pour la branche opposée qui ne peut être facilement introduite que la parturiente placée en position D.D. L'accouchement se termine alors aisément, la femme étant remise en position pour le dégagement des épaules. Fille vivante pesant 3.400 gr.

OBSERVATION N° 10.

Thérèse P..., âgée de 24 ans, entre à la salle de travail le 13 février 1935. Elle est à sa deuxième grossesse. La première s'est terminée par l'accouchement d'un enfant mort-né qui présentait une perforation du voile du palais d'origine syphilitique. Sa gestation actuelle a été suivie à Lariboisière. Bassin généralement rétréci et aplati. Le sacrum est accessible sur toute sa longueur. Le promontoire est atteint à 10 cm.

environ. 15 heures après le début du travail, les bruits du cœur fœtal disparaissent brusquement. On extrait l'enfant, après une basiotripsie, la femme étant mise en position D.D. On trouve un circulaire lâche du cordon. L'enfant pesait 3.750 gr. sans matière cérébrale.

OBSERVATION N° 11.

Simone G..., primigeste âgée de 23 ans, entre à la salle de travail le 25 février 1935. Gestation non suivie. Bassin en entonnoir. Symphise basse. Le bi-ischiatique mesure 9 cm. 5. La parturiente présente en plus un utérus bicorne et une cypho-scoliose dorsale. Après 13 heures de travail, modification brusque des bruits du cœur fœtal. On décide une application de forceps sur tête en O.P. Application du forceps Tarnier très difficile. On met la parturiente en position D.D. et les cuillères peuvent être mises alors très aisément en place. L'extraction se fait alors rapidement d'une fille en état de mort apparente pesant 2.500 gr. Elle n'a pu être ranimée. Circulation collatérale sur l'abdomen. Grosse rate et gros foie. Hémorragie méningée à la ponction lombaire.

OBSERVATION N° 12.

Madeleine L..., âgée de 30 ans, entre à la salle de travail le 18 juin 1935. Dans ses antécédents obstétricaux on note deux accouchements à terme dont un

par forceps. Sa gestation actuelle a été suivie à Lariboisière. Bassin cypho-scoliotique. Promonto-pubien de 10 cm. Après une durée totale de travail de 13 heures, la femme est mise en position D.D. et accouche facilement une fille pesant 3.150 gr. Dégagement en O.S. Périnée intact.

Nous n'avons pas cru devoir citer un plus grand nombre d'observations qu'il nous aurait été aisé de trouver dans le service de notre Maître. Nous avons choisi, parmi de très nombreuses autres, celles qui nous paraissaient devoir illustrer le plus utilement notre modeste travail. Elles suffisent d'ailleurs amplement à démontrer combien le praticien peut attendre de services de la position de MM. Devraigne et Descomps.

Elle lui évitera, dans bien des cas, d'avoir recours à des manœuvres sanglantes jugées auparavant indispensables. Elle lui permettra de hâter une expulsion lente qui peut mettre en péril la vie du fœtus.

Elle lui sera toujours d'un précieux secours lorsqu'il sera appelé à terminer, par une application de forceps, un accouchement long et pénible.

CHAPITRE III

Nous ne saurions passer à la conclusion de notre thèse sans donner quelques indications techniques pour la mise en position de la femme.

Technique.

Le lit est préparé comme pour un accouchement ordinaire et la parturiente mise en travers du lit. Deux aides sont nécessaires pour maintenir la parturiente dans la position. Chacun des aides se met sur un des côtés de la femme de façon à ne pas gêner l'accoucheur. Les aides empaument alors d'une main la face antérieure de la cuisse au-dessus de la rotule. L'autre main saisit le talon qu'elle maintient solidement. La jambe est alors mise en extension forcée sur la cuisse et celle-ci fléchie au maximum sur le bassin. Les deux mouvements sont complétés par une légère abduction des deux membres.

De Jonge a essayé de remplacer les aides par des liens attachés au niveau des malléoles et tenus par la femme elle-même ou par un aide placé en arrière de la femme. Cette méthode nous paraît présenter deux inconvénients : d'abord la patiente se fatigue rapidement et les jambes ont tendance à se fléchir sur les cuisses, donc les muscles se relâchent; de plus, les jambes se portent naturellement en abduction forcée, ce qui a pour résultat, nous l'avons dit, de tendre le grand fessier et de diminuer le diamètre antéro-postérieur.

Deux aides nous paraissent donc indispensables pour maintenir la femme en position, car comme le dit M. Demelin : « Si la tête est descendue sur le plancher périnéal, il faut opérer la rotation du dégagement avec le moins de force possible. » La résistance de l'arc antérieur luttant contre la vis *a tergo* facilite cette rotation. Il est donc utile de remettre alors la femme en position obstétricale jusqu'à rotation de la tête pour reprendre la position D.D. lorsque l'on va réaliser le dégagement. Il est, dans ces conditions, plus facile à l'accoucheur d'indiquer à ses aides les mouvements à faire sans interrompre son travail, chose qu'il serait obligé de faire au cas où la parturiente elle-même exercerait la traction sur les lacs.

On ne peut compter comme inconvénient de la position, la nécessité de ces deux aides, ils sont tout aussi nécessaires dans bien d'autres cas, — forceps par exemple — et même à la campagne on les trouve toujours aisément.

Un grief plus important peut être formulé et que nous n'aurons garde d'oublier : c'est la fatigue très

grande qu'impose à la femme la position D.D. On ne peut la maintenir que pendant un laps de temps relativement court, toujours suffisamment long tout de même pour permettre un effet vraiment utile. Cette fatigue d'ailleurs disparaît rapidement par le repos que la femme doit malgré tout garder après l'accouchement.

Ce seul grief ne peut suffire à faire rejeter la position Devraigne-Descomps qui est appelée à rendre les plus grands services et qui gagnerait à être connue par les médecins et les sages-femmes.

CONCLUSIONS

La position de la taille complétée par l'extension des jambes — dite position de Devraigne-Descomps — par la mise en tension de tous les muscles postéro-adducteurs des cuisses, qui complète l'écartement produit par la bascule des os iliaques sous l'influence du mouvement de mutation du sacrum, agrandit le diamètre bi-ischiatique de 15 à 20 millimètres. Le bi-sciatique est également agrandi.

En même temps, grâce à la flexion de la colonne vertébrale, on obtient un redressement de l'arc antérieur du bassin. Cette position sera utilisée dans tous les cas où il y a intérêt à réaliser ces conditions : bassins cyphotiques, dégagement du front en transverse, dystocie des épaules surtout en transverse, gros enfants, rotation difficile des positions postérieures, application de forceps dans l'excavation, ainsi que chez les primipares âgées.

Vu : le Président de la thèse,

Jeannin

Vu : le Doyen.

Tiffeneau.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR-BRINDEAU-CHAMBERLENT. — Etude des positions par Devraigne et Keiffer. T. I.
- BONNAIRE et BUE. — Rapport au Congrès d'Amsterdam de 1899 sur l'influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin.
- BRINDEAU. — Déroit moyen obstétrical. Thèse 1896.
- CHOISIL. — Vices de conformation du bassin au point de vue du rétrécissement du diamètre transverse du déroit inférieur. Thèse 1878.
- CORNU. — De l'agrandissement du diamètre bi-ischiatique dans les accouchements dystociques des déroits moyen et inférieur par la position de la taille, complétée par l'extension des jambes. Thèse 1912.
- DEMELIN. — *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1922.
- DEMELIN et DEVRAIGNE. — Manuel de l'accoucheur.
- DEVRAIGNE et DESCOMPS. — Etude anatomique du bassin de la femme.

- DEVRAIGNE et DESCOMPS. — La position de la taille complétée par l'extension des jambes sur les cuisses (*Journal d'Obstétrique*, de février à mars 1910).
- DEVRAIGNE. — Attitudes favorables au cours de la parturition (*Journal des accoucheuses*, septembre 1931).
- DEVRAIGNE. — *Propedeutique Obstétricale*, Paris 1934.
- DEVRAIGNE. — Attitudes favorables au cours de la parturition (*La Puériculture*, n° 4, avril 1929).
- MURET (J.). — Hyperflexion des cuisses sur le bassin complétée par l'extension des jambes sur les cuisses dans les accouchements difficiles. Thèse de Paris, 1926.
- SALLE. — Bassins rachitiques transversalement rétrécis. Thèse 1898.
- TENENBAUM (H.). — Grossesses et accouchements chez les primipares âgées. Thèse de Nancy, 1923.

